

～お子さんについて教えてください～

| | | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------------------------------------------|---|---------|--------|---------------------------------|
| ふりがな 児童氏名 | (普段の呼び名：) | | | 性別 | 男 女 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年 齢 | 歳 | か月 | | |
| 保護者氏名 | | | | 電話番号 | | |
| 住 所 | | | | 緊急連絡先 1 | | |
| | | | | 緊急連絡先 2 | | |
| 続柄 | 母 父 祖母 祖父 その他 | | | メール | | |
| 体重 | 今 現 在 | (g) | | 熱について | 平 熱 | (. °C) |
| | 生まれたとき | (g) | | | 預けたとき | (. °C) |
| お迎えに ついて | お迎えにくる方 について | 氏 名 | | | | |
| | | 続 柄 | | | | |
| | | 連絡先 | | | | |
| | お迎え時間 | (時 分頃予定) | | | | |

○質問 (ここから下は保育園側が聞き取りながら記入します)

- ・これまで、一時預かりや保育園にこのお子さんを預けたことがありますか？ はい・いいえ
- ・お子さんが、けいれんやひきつけを起こしたことはありますか？ はい・いいえ
- ・お子さんに、苦手な食べ物はありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合、その食べ物：

- ・お子さんは、薬や食べ物にアレルギーがありますか？ はい・いいえ
(皮膚がかゆくなる、赤くなる、などの症状が見られた食べ物など)

「はい」の場合、原因となる薬や食べ物等：

- ・アレルギーがある場合、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ
- ・病院でみてもらっている病気がありますか？

(お子さんが0歳なら「生まれてから」。1歳以上だったら「過去数か月」) はい・いいえ

「はい」の場合、その病気の名前：

- ・(1歳児のお子さんの場合)、風疹と麻疹(はしか)の予防接種はしましたか？ はい・いいえ
- ・昨夜はよく眠れていましたか？ はい・いいえ
- ・寝る時にクセがありますか？

(タオルやおしゃぶりを口にして寝つく、うつぶせで寝るなど) はい・いいえ

「はい」の場合、具体的に：

- ・どんなおもちゃ、どんな遊びが好きですか？

・過去3日間ぐらいについて教えてください

熱が… あった ・ なかった ・ わからない

食欲が… いつもよりなかった ・ 普通だった ・ わからない

嘔吐が… あった ・ なかった

排便の異常(下痢、便秘など)が… あった ・ なかった ・ わからない

そのほか、体調は… いつもと同じ ・ いつもと違った…具体的に()

きげんがいつもに比べて… 良かった ・ 変わらない ・ 悪かった

薬(座薬や吸入薬も含む)を… 使った ・ 使っていない ・ わからない

今(お預かり時)のきげん、状態